

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Lauramaija Vanhatalo

METABOLISTA OIREYHTYMÄÄ SAIRASTAVIEN MIESTEN OHJAUKSEN JA  
TERVEYSNEUVONNAN KEHITTÄMINEN

Opinnäytetyö 2013

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

#### Hoitotyön koulutusohjelma

VANHATALO, LAURAMAIJA	Metabolista oireyhtymää sairastavien miesten ohjauksen ja terveysneuvonnan kehittäminen
Opinnäytetyö	39 sivua + 9 liitesivua
Työn ohjaaja	Sari Engelhardt, lehtori
Toimeksiantaja	Terveet Arvot -hanke
Maaliskuu 2013	
Avainsanat	metabolinen oireyhtymä, potilasohjaus, terveysneuvonta, terveyden edistäminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla millaisia tuloksia tämän hetkiselä terveysneuvonnalla ja potilasohjauksella on saatu aikaan metabolista oireyhtymää sairastaville miehille ja kuinka he ovat kokeneet saamansa ohjauksen ja neuvonnan. Lisäksi haluttiin selvittää, kuinka hoitohenkilökunta on kokenut metabolista oireyhtymää sairastavien miesten ohjauksen.

Tutkimusaineisto koostui 18 alkuperäistutkimuksesta ja haku toteutettiin kevään 2013 aikana. Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Kirjallisuuden perusteella terveydenhuollon ammattilaiset huomioivat metabolisen oireyhtymän potilasohjauksessa miehiltä mm. verenpainetta, ravitsemustottumuksia, liikuntatottumuksia ja tupakointia. Nykyisellä potilasohjauksella ja terveysneuvonnalla on saatu aikaan mm. vyötärön ympäryksen pienentymistä, kolesterolin ja veren sokeriarvojen kohentumista ja ruokavalion muutoksia. Hyvinä asioina ohjaustilanteissa miehet kokivat mm. sen, että he saivat paljon erilaista tietoa, jota hyödyntää omassa elämässä.

Potilaat kokivat ohjauksen kehitettäväksi osa-alueiksi mm. ohjauksen organisoinnin, eri ohjausmenetelmien käyttämisen ja jälkiseurannan toteuttamisen. Yleisesti potilaista tuntui, että heille oli varattu aikaa ja heitä kuunneltiin. Tutkimuksessa ilmeni, että potilaat olivat useammin tyytyväisempiä ryhmäohjaukseen verrattuna yksilöohjaukseen. Ryhmästä saatu tuki koettiin tärkeänä. Ryhmästä saatiin tietoa ruokavalion, liikunnan ja oman kunnon hoitamisen tueksi. Hoitajat puolestaan kokivat, että potilaan kokonaisvaltaista huomiointia tulisi kehittää entisestään. Hoitajat myös toivoivat yhteisen toimintamallin luomista metabolisen oireyhtymän ohjaamisen tueksi. Opinnäytetyön pohjalta kehittämisideoiksi nousi eri sukupuolille suunnattujen ohjausmallien kehittäminen ja miesten ohjauksen ja terveystottumusten jatkuvuuden varmistaminen.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

VANHATALO, LAURAMAIJA

Development of Counselling and Health Education in Men  
with Metabolic Syndrome

Bachelor's Thesis

39 pages + 9 pages of appendices

Supervisor

Sari Engelhardt, senior lecture

Commissioned by

Terveet Arvot-project

March 2013

Keywords

metabolic syndrome, health counseling, guidance

The aim of this Bachelor's thesis was to explain the results of the present state of health counselling and patient direction in men with metabolic syndrome and the way they experienced the received guidance and counselling using a systematic literature review. Another aim was to find out how health care professionals had experienced the guidance provided for men with metabolic syndrome.

The material consisted of 18 original studies and the search was carried out during the spring of 2013. The results were analyzed by content analysis.

Based on literature health care professionals observed the blood pressure, nutritional, exercise and smoking habits of men with metabolic syndrome. The current patient guidance has gained results e.g. in reducing the waist circumference, improvement in cholesterol and sugar levels as well as changes in diet. As a good thing in counselling situations men regarded for example the fact that they got a lot of various information that they could use in their own lives.

As targets of development the patients regarded organization of guidance, use of various guidance methods and implementation of follow-up. In general, the patients felt that they were reserved enough time and they were listened to. According to the study the patients were more often happy with the group counselling than the individual guidance. The support received from the group was found important. The group provided information on diet, exercise and information to take care of one's own condition. The health care professionals experienced that the patient's holistic consideration should be developed further. They also hoped for creation of a common functioning model for supporting the counselling of metabolic syndrome. Targeted guidance of different sexes and securing the continuity of men's counselling and health education arose as development targets on the basis of the thesis.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	METABOLINEN OIREYHTYMÄ	7
2.1	Metabolinen oireyhtymä ilmiönä	7
2.2	Metabolisen oireyhtymän vaikutukset terveyteen	9
3	POTILASOHJAUS JA TERVEYSNEUVONTA	10
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	11
5	SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS	12
6	AINEISTON KERUU	14
6.1	Tutkimusten valintakriteerit	14
6.2	Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	15
6.3	Tutkimusten hakeminen	16
6.4	Tutkimusaineiston analyysi	17
7	TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1	Potilasohjauksella ja terveysneuvonnalla saatuja tuloksia	21
7.2	Potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja terveysneuvonnasta	24
7.3	Terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ohjauksen ja terveysneuvonnan toteuttamisesta	26
8	POHDINTA	29
8.1	Tutkimuksen tulosten tarkastelu	29
8.2	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	32
8.3	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämis ehdotukset	33
	LÄHTEET	35
	LIITTEET	40
	Liite 1. Tutkimustaulukko	

## 1 JOHDANTO

Suomessa arvellaan olevan noin 500 000 ihmistä, jotka kärsivät metabolisesta oireyhtymästä. Metabolinen oireyhtymä on myös maailmanlaajuinen ilmiö. Metabolisella oireyhtymällä tarkoitetaan tilaa, johon kuuluu useampia aineenvaihdunnallisia häiriöitä. Metabolisessa oireyhtymässä verenrasva- ja sokeriarvoissa esiintyy poikkeavuuksia ja verenpaine on yleensä kohonnut. Keski-ikäisillä suomalaisilla joka viidennellä miehistä ja joka seitsemännellä naisista voidaan todeta MBO. (Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikoille 2009.) Miehillä metabolinen oireyhtymä on näin ollen yleisempää. Voidaan siis hyvinkin puhua kansanterveydellisesti merkittävästä oireyhtymästä. (Sundqvist 2007.)

Tyypillistä metabolisessa oireyhtymässä on myös keskivartalon alueelle kertynyt ylipaino ja tästä syystä johtuva insuliiniresistenssi (Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikoille 2009). Suomalaisista noin joka viides on ylipainoinen. Lihavuus tuo mukanaan sairauksia, kuten tyypin 2 diabetesta, joka on lisääntynyt Suomessa noin 70 % viimeisten kymmenen vuoden aikana (Ylipaino ja lihavuus ovat iso haaste yksilölle, yhteiskunnalle ja terveydenhuollolle 2011.) Lihavuus ja liikkumattomuus altistavat sairastumista metaboliseen oireyhtymään. Lihavuuden arvioidaan tuovan suomalaiselle terveydenhuollolle noin 260 miljoonan kulut vuosittain (Pekurinen 2006).

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) antaa kuvan suomalaisen diabetespotilaiden hoidon tasosta vuosilta 2009–2010. Sen mukaan suomalaisista miehistä on ylipainoisia 50,1 % ja 68,8 % täyttää vyötärölihavuudenkriteerit. Heikentyneen glukoosinsiedon esiintyvyys oli 14,7 % miehillä tutkimusjoukosta. Nämä kaikki altistivat metaboliselle oireyhtymälle (Valle 2010, 5.)

Ehkäisemällä metabolisen oireyhtymän kehittymistä ja hoitamalla kaikkia siihen liittyviä tekijöitä, voidaan välttää metabolisen oireyhtymän kehittyminen tyypin II diabetekseksi tai erilaisiksi sydän- ja verisuonisairauksiksi. Laadukkaan ohjauksen avulla pystymme edistämään terveyttä. Elämäntapaohjauksessa keskeisintä on ravinto- ja liikuntatottumusten muuttaminen. Tämä vaatii pitkäjänteistä ja rankkaa työtä niin itse potilaalta, kuin ohjauksen antajaltakin. (Sundqvist 2007.) Elintapamuutoksien avulla pystytään merkittävästi ehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamaa kuolleisuutta (Laaksonen ym. 2004).

Potilasohjauksella tarkoitetaan hoitohenkilökunnan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jonka avulla pyritään lisäämään potilaan tietoisuutta ja ymmärrystä terveydestä ja parantaa potilaan kykyä oman terveytensä hoitamiseen. (Ronkainen 2011.) Kun ihmiselle annetaan terveyttä edistävää ohjausta, tällä pyritään vaikuttamaan hänen asenteisiin, elämäntapoihin ja tottumuksiin. Tavoitteena ovat ohjattavan taitojen ja ymmärryksen kehittäminen oman hyvinvointinsa eduksi (Pietilä 2010, 166). Haasteina hyvän potilasohjauksen toteutumiselle potilaat ovat kokeneet kiireen ja termistön vaikean ymmärrettävyyden. (Ronkainen 2011). Myös yhteistyötä julkisen- ja yksityisen terveydenhuollon välillä tarvittaisiin enemmän varmistamaan terveystottumusten jatkuminen miesten keskuudessa. (Näshlinh 2008.)

Terveystottumuksistamme varsinkin päihteiden liikkakäyttö, ylipaino ja liikunnan vähäisyys tai sen puute ovat merkittäviä taustatekijöitä useille kansanterveydellisille ongelmille. Terveyttä edistävän toiminnan suunnittelussa on tärkeää ottaa lähtökohdaksi tasapaino elämän eriosa-alueiden välillä. Omia taitoja tulee kehittää ja pyrkiä tietoisuuden syventämiseen ja tätä kautta itseohjautuvuuden vahvistumiseen. Terveyden edistämisessä tulisi hyödyntää useiden tieteenalojen antamaa tietopohjaa. (Pietilä 2010, 166–176.)

Elintapamuutoksen haittoina potilaat ovat kuvanneet voimavarojen riittämättömyyttä ja nautinnoista luopumista, jotka voivat estää muutosta (Alahuhta ym. 2009). Hoitohenkilökunnan antaessa ohjausta ja tietoa tulee kertoa asioista niin, että potilas ymmärtää mistä puhutaan. (Ronkainen 2011.) Menetelmiä elintapamuutosten tukemiseksi voivat olla mm. alku- ja loppumittaukset, (näitä voivat olla esimerkiksi paino, verenpaine, kokonaiskolesteroli ym.), terveystarkastus ja haastattelut esim. työterveyshoitajan tai lääkärin kanssa. Hoitajien mukaan hoito voi onnistua mikäli, potilas on motivoitunut ja sitoutunut (Peltonen 2000). Terveyden edistämisen tulisi kuulua hoitohenkilökunnan päivittäiseen työkuvaan, ei pelkästään sairauksien hoitamisen. (Pietilä 2010, 166–176.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avuin selvittää, millaisia tuloksia metabolisen oireyhtymän potilasohjauksella ja terveysneuvolla on saatu aikaan sekä selvittää millaisia kokemuksia miespotilailla ja hoitohenkilökunnalla on MBO:n ohjauksesta ja terveysneuvonnasta.

## 2 METABOLINEN OIREYHTYMÄ

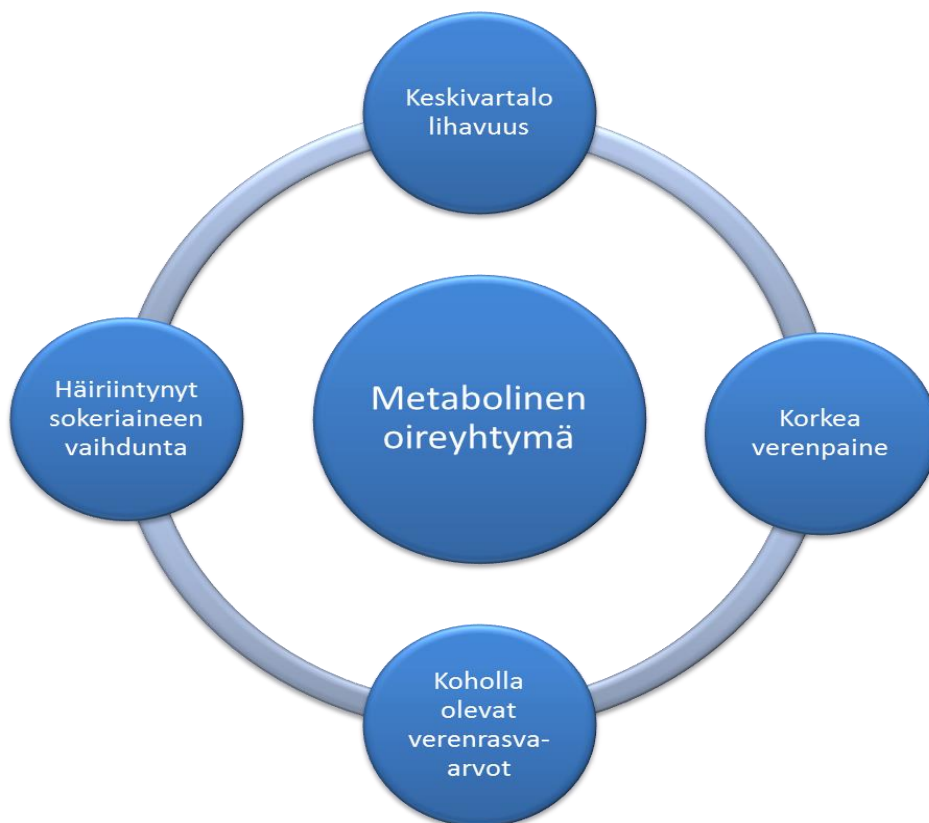
Diabetesliiton mukaan Suomessa on noin puoli miljoonaa ihmistä, jotka kärsivät metabolisesta oireyhtymästä. Metabolinen oireyhtymä eli MBO on epäterveellisiin elintapoihin rinnastettu sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöiden kasauma, jota voivat aiheuttaa stressi, liikkumattomuus, etenkin vatsan alueen lihavuus (> 90cm) ja insuliiniresistenssi (Kuva 1.). Metabolista oireyhtymää voidaan pitää tilana, jossa yhdelle henkilölle on kasaantunut huomattavasti sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä. Näiden vaaratekijöiden kasaantuminen samalle henkilölle altistaa suuremman riskin sairastua tyypin 2 diabetekseen tai sydän- ja verisuonisairauksille kuin yksittäisten vaaratekijöiden perusteella. (Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyyppin diabeetikoille 2009.)

### 2.1 Metabolinen oireyhtymä ilmiönä

Metabolista oireyhtymää voi kertoa sairastavansa, kun potilaalla on ylipainoa, korkea verenpaine, koholla olevat kolesteroliarvot sekä häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta. Metabolisen oireyhtymän varhaisella tunnistamisella pyritään estämään taudin eteneminen ja mahdollisten vakavien sairauksien aiheuttamat vaarat. Tällaisia sairauksia, joita MBO voi tuoda mukanaan, ovat verenpainetauti, sepelvaltimotauti, aivohalvaus, katkokävely, mahdollisesti myös masennus ja Alzheimerin tauti. Insuliiniresistenssi tarkoittaa rasvakudoksen, lihaksen ja maksan heikentynyttä biologista insuliinivastetta. MBO voidaan tunnistaa tutkimalla verestä lipidit ja veren tai plasman glukoosi. (Vanhala 2009.)

Metabolisen oireyhtymän lääkkeettömään hoitoon kuuluu ehdottomasti liikunnan lisääminen ja laihduttaminen mikäli ylipainoa on. Ravintotottumuksien muuttaminen on myös tärkeässä asemassa. Ruokavaliossa tulisi suosia kuitua ja vähentää tyydyttyneiden rasvojen, nopeasti sokeroituvien hiilihydraattien ja suolan käyttöä. Mikäli henkilö tupakoi, on tupakoinnin lopettaminen suotavaa. Jos henkilö käyttää alkoholia enemmän kuin suositusten rajoissa, tulisi alkoholin käyttö rajoittaa suositusten sisälle. Nämä kaikki osa-alueet tulee huomioida erikseen potilaan tarpeiden mukaan ohjaustilanteissa. Jotta elämäntapamuutoksissa onnistuminen olisi potilaalle helpompaa, on tärkeää säilyttää potilaan ja lääkärin tai hoitajan välinen hoitosuhde ja antaa henkistä tukea sekä esim. ohjata vertaistuen pariin ja kertoa käytännön elämän eläviä esimerkkejä toteuttaa muutoksia.

MBO potilaan hoidon seuranta ja motivointi itsensä hoitoon on tärkeää. Ne, joilla on käytössä lääkkeitä, kuuluvat automaattisesti lääkärin seurannan alaisiksi. Joillekin totuus voi iskeä vasten kasvoja, kun lääkäri kertoo asioiden oikean laidan. Mikäli potilaalla ei ole käytössä lääkkeitä, riittää tällöin terveydenhoitajan seuranta. Terveydenhoitajan seurannassa keskitytään elämäntapamuutoksien motivointiin, ohjaukseen, verenpaineen tarkkailuun, sokeriaineenvaihdunnan tarkkailuun, rasva-aineenvaihdunnan tarkkailuun sekä painon seurantaan. Lääkärillä tulee konsultoida, mikäli arvot ovat toistuvasti reilusti koholla tai potilaalle ilmenee jonkin muun sairauden tai masennuksen tunteita. (Vanhala 2009.)



Kuva 1. Metabolisen oireyhtymän toteamiselle asetettuja kriteerejä



## 2.2 Metabolisen oireyhtymän vaikutukset terveyteen

Kohonnut verenpaine eli hypertonia, on kiinteästi liitetty metaboliseen oireyhtymään. Koholla oleva verenpaine voi vahingoittaa valtimoita ja aiheuttaa jopa aivohalvauksia tai sydäninfarkteja, siksi siihen puuttuminen ja hoitaminen ovat äärimmäisen tärkeitä. Kohonnut verenpaine lisää sydämen työmäärää, mikä pitkällä aikavälillä kuluttaa sydäntä ja voi näin aiheuttaa sydämen vajaatoimintaa. Yleensä syy kohonneelle verenpaineelle löytyy elintavoista, mutta sille altistaa myös perinnöllinen taipumus. Syitä, jotka voivat vaikuttaa verenpaineeseen, ovat tupakointi, lihavuus, runsas suolan käyttö, runsas lakritsin käyttö, vähäinen liikunta, tulehduskipulääkkeiden runsas käyttö, ehkäisytabletit, alkoholin runsas käyttö ja stressi. Yleensä kohonnut verenpaine ei juuri aiheuta tuntemuksia, joten ainut keino sen selvittämiseen on sen mittaaminen. Verenpaineen liitännäissairauksien riski on suuri, mikäli henkilön elämäntavat eivät ole terveellisiä, esimerkiksi henkilö on ylipainoinen, tupakoi tai käyttää runsaasti alkoholia. (Virkamäki 2011.)

Suurentunut veren kolesterolimäärä on merkittävä tekijä sepelvaltimotaudille eli ateroskleroosille. Sepelvaltimotauti puolestaan lisää suurentunutta riskiä sydäninfarktille. Metabolisesta oireyhtymästä kärsivien kolesteroliarvojen seuranta on välttämätöntä. Suurin sepelvaltimotaudin kuolleisuus löytyy Suomesta. (Kolesterolit 2002, 25).

Metabolisessa oireyhtymässä esiintyy myös lisääntynyttä tromboositaipumusta eli fibrinolyysiä. Metabolisessa oireyhtymässä hyytymien liukeneminen on häiriintynyt. Veren lisääntynyt hyytymistäipumus kasvattaa suonitukosten riskiä ja voi johtaa hengenvaaralliseen tilaan. (Tyypin 2 diabetes – Opetus aikuistyypin diabeetikoille 2009.)

Koholla olevat maksa-arvot ovat myös kytköksissä metaboliseen oireyhtymään. Tämä on yleensä sidoksissa ylipainosta johtuvaan rasvamaksaan. Sairauden kirjo alkaa rasvamaksasta ja ulottuu maksan rasvoittumiseen liittyvään maksasoluvaurioon ja tulehdussolureaktioon ja sen komplikaationa syntyvään maksakirroosiin. Toiseksi yleisin syy rasvamaksan aiheuttaja alkoholin jälkeen onkin juuri metabolinen oireyhtymä. Pitkään jatkuneena kohonneet maksa-arvot ovat haitallisia. (Manninen 2009.)

Koholla oleva virtsahappopitoisuus ja siihen liittyvä kihti ovat myös metabolisen oireyhtymän mahdollisia haittavaikutuksia. Kihti on uraatin eli virtsahapon aineenvai-

dunnanhäiriö, ja tällöin veren virtsahappopitoisuus nousee. Kihti on metabolisessa oireyhtymässä vyötärölihavuuden seurausta. (Mustajoki 2012.)

### 3 POTILASOHJAUS JA TERVEYSNEUVONTA

Hoitotyössä oleellisena osana on potilaiden ohjaaminen ja neuvonta. Potilasohjauksella pyritään tukemaan potilasta hänen oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien sekä hoidon hallinnassa. Potilasohjaus kulkee elämänkaaremmen mukana aina neuvolasta ikääntyneiden hoitolaitoksiin, joten voidaan puhua keskeisestä toimintamuodosta hoitotyössä. Keskeinen perusta potilasohjaukselle on terveyttä koskeva tieto. Potilaita tulisi ohjata niin, että heidän tarpeet kohdattaisiin ja he ymmärtäisivät itse hoito-ohjeet. Potilaan omia voimavaroja pyritään tukemaan ohjauksella, jotta pystyttäisiin ottamaan enemmän vastuuta omasta terveydestä ja hoitamaan itseään riittävän hyvin sekä lisäämään aktiivisuutta omaan hoitoon. Hoitohenkilökunnan lisäksi suuri merkitys potilaan ohjautuvuudessa on myös perheellä sekä vertaisryhmillä, jotka tulisi ottaa huomioon hoitoa sekä ohjausta laadittaessa. (Rintala ym. 2008, 27.)

Terveyden edistämisen lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen ja se, että ihmisten käsitykset terveydestä ja sen ylläpitämisestä voivat olla erilaisia. Se on siis valintojen ja mahdollisuuksien luomista. Salutogeenisen (terveyslähtöisen) mallin mukaan ihminen tulee huomioida kokonaisvaltaisesti. Salutogeneesillä tarkoitetaan terveyttä tuottavia ja ylläpitäviä tekijöitä ja kaikkea mikä edistää terveyttä. (Voutilainen 2010, 10, 13.) Tärkeintä potilaan ohjauksessa on saada ihminen harkitsemaan elintapojen muutosmahdollisuutta ja harkitsemaan sen tarvetta (Rintala ym. 2008, 88).

Ohjausprosessi lähtee potilaan tarpeista. Seuraavaksi suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutetaan ohjaus ja viimeiseksi arvioidaan ohjauksen vaikuttavuutta ja jatkuvuutta. Kun potilas saa tietoa omasta sairaudestaan ja alkaa ymmärtää sitä, pystyy hän myös itse osallistumaan terveytensä hoitoon ja asettamaan hoidolleen tavoitteita. Ohjauksen avulla pystytään myös vähentämään sairauden tuomaa ahdistusta ja pelkoa. (Lipponen yms. 2006, 10.) Ohjauksen alkuvaiheessa tulisi kartoittaa potilaan motivaatio ja kannustaa potilasta pohtimaan omaa terveyttään. Voimavaralähtöisessä ohjauksessa potilaan voimavarat, ja tiedot ja taidot tulee tunnistaa ja vahvistaa näitä. (Voutilainen 2010, 19–21.) Elämäntapamuutos ei etene kaavamaisesti vaiheista toiseen, vaan se etenee yksilöllisesti ihmisestä riippuen. Repsahdukset kuuluvat myös osaksi muutosprosessia. (Rintala ym. 2008, 87.)

Omaisten ohjaus on myös tärkeää huomioida, koska perhe on tärkeässä roolissa ihmisen sairastuessa. Omaiset odottavat saavansa tiedollista tukea, jotta he pystyvät tukemaan sairastunutta arjessa. Potilaalta tulee aina kysyä lupa omaisen ohjaamiselle. Omaisten ohjauksessa tulee myös muistaa antaa ohjausta selko kielellä ja yksilöllisyys huomioiden. (Lipponen ym. 2006, 44–51.)

Kirjalliset potilasohjeet ovat luotu täydentämään suullisesti annettua ohjausta ja neuvontaa. Kirjallisen ohjeen avulla potilas pystyy myöhemmin palaamaan asioihin, jotka saattoivat jäädä vaivaamaan tai eivät painuneet mieleen vielä pysyvästi. Ohjeiden avulla pyritään vastaamaan potilaan kysymyksiin. Kirjallisen potilasohjeen tulee olla laadittu niin, että potilas ymmärtää lukemansa ja pystyy sen avulla toteuttamaan hoitoaan. (Lipponen yms. 2006, 65–66.)

Ryhmäohjauksessa potilailla on jokin yhteinen tavoite. Ryhmä kokoontuu ohjaajan johdolla säännöllisesti. Ryhmässä potilaalle annetaan mahdollisuus keskustella samassa tilanteessa olevien ihmisten kanssa ja oppia muilta. Muiden auttaminen myös nostaa omaa itsetuntoa tukee omahoitajuutta. Ryhmäohjauksen etuina ovat ryhmältä saatu tuki ja ohjausta antavan osapuolen työpanoksen antamista useammalle potilaalle yhtä aikaa. Ryhmässä voidaan luoda uusia selviytymiskeinoja ja ongelmanratkaisukeinoja. Sosiaalinen tukiverkosto auttaa myös toipumisessa paremmin. (Lipponen yms. 2006, 86–87.) Ryhmäohjaus on myös taloudellisempaa, koska sen aikana saadaan välitettyä tietoa terveydestä suuremmalle joukolle samalla kertaa (Rintala ym. 2008, 100).

#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyö kuuluu osaksi Terveet Arvot -hanketta ja tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avuin selvittää kuinka miehet ja hoitohenkilökunta ovat kokeneet metabolista oireyhtymää sairastavien miesten ohjauksen ja terveysneuvonnan. Terveet Arvot -hankkeella halutaan tutkia sukupuolten välistä terveysorientaatioihin perustuvaa terveydenedistämisen kysyntää ja tarjontaa (Kallunki & Pekkola 2012). Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa ohjauksen tueksi kaikille niille terveydenhuollon henkilöille, jotka työssään tapaavat metabolisesta oireyhtymästä kärsiviä miehiä.

Tutkimuskysymyksinä oli selvittää:

1. Millaisia tuloksia miehille nykyisellä ohjauksella ja terveysneuvolla on saatu aikaan?
2. Miten metabolista oireyhtymää sairastavat miehet ovat kokeneet nykyisen ohjauksen ja terveysneuvonnan?
3. Miten terveydenhuollon ammattilaiset ovat kokeneet nykyisen metabolisen oireyhtymän ohjauksen ja terveysneuvonnan?

## 5 SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pystytään hahmottamaan jo olemassa olevan tiedon ja tutkimuksien kokonaisuutta. Kun samaan aiheeseen liittyviä tarkasti valittuja ja rajattuja tutkimuksia kootaan saamaan paikkaan, pystyy lukija näkemään, kuinka paljon tutkittua tietoa jo on ja millaista tietoa on saatu. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on tieteellinen tutkimusmenetelmä, jossa kerätään jo olemassa olevasta tiedosta niitä seikkoja, joita itse halutaan tutkimuksessa hyödyntää. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus onkin saanut huomiota juuri näyttöön perustuvista tutkimuksista, ja siksi se koetaan hyvänä keinona löytää korkealaatuisia tutkimustuloksia. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan yksi luotettavimmista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa (Kääriäinen 2005, 1). Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa käytettävät tutkimukset tulee rajata esimerkiksi johonkin tiettyyn ajankohtaan, ja tulosta voidaan myöhemmin päivittää, mikäli tutkittu tieto on saanut uusia näkökulmia. (Johansson ym. 2007, 4). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaakin muista kirjallisuuskatsauksista juuri sen tarkan tarkoituksen vuoksi ja tarkkojen tutkimusten valinnan, analysoinnin ja syntetisointiprosessin vuoksi. Siinä käytetään vain sellaisia tutkimuksia, jotka ovat relevantteja ja vastaavat tarkoitukseen.

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teossa on karkeasti jaettuna kolme vaihetta, jotka ovat katsauksen suunnittelu, katsauksen tekeminen hakuineen ja laadun analysoineineen sekä katsauksen raportointi (Johansson ym. 2007, 5). Ensimmäisessä vaiheessa tärkeintä on yksityiskohtaisen tutkimussuunnitelman laatiminen, joka ohjaa koko prosessin etenemistä. Tutkimussuunnitelmassa määritetään myös tutkimuskysymykset, menetelmät ja strategiat tutkimusten keräämiseksi sekä tutkimusten mukaan-

otto- ja laatuksiteerit. Jotta tutkimussuunnitelma pystytään laatimaan, tarvitaan riittävästi tutkimustietoa aikaisemmista tutkimuksista, jotta tutkimuskysymykset voidaan muotoilla relevanteiksi ja hakustrategiat suunnitella. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen kuuluu myös todella vahvasti kaikkien työvaiheiden tarkka raportointi, jossa tuodaan työn kaikki vaiheet täsmällisesti läpi. Kaikki on kirjattava ylös sen takia, että systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi toistettavissa, jos sen tekisi esimerkiksi toinen henkilö. Tutkimuskysymykset tulee rakentaa niin, että systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan, juuri kyseisiin kysymyksiin. Tutkimuskysymysten perusta on siinä, mitä tutkimuksessa halutaan tutkia. Tutkimuskysymykset myös määrittävät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tavoitteen. Tutkimuskysymyksiä voi olla yksi tai useampia. (Kääriäinen 2005, 39–40.) Alkuperäistutkimusten tulokset eivät siis vaikuttaa tutkimuskysymysten luomiseen. Mikäli tutkimuskysymyksiin ei jostain syystä kyettäisi vastaamaan alkuperäistutkimusten perusteella, voidaan tuloksena tällöin pitää puutteita ja osoittaa tarve uudelle tutkimukselle.

Systemaattinen tiedonhaku on järjestelmällistä, tarkasti määriteltyä ja rajattu prosessi, joka on uudelleen toistettavissa (Johansson ym. 2007, 10). Tutkimuskysymyksiin perustuva tutkimusten haku tehdään kattavasti ja haut kohdistetaan tutkimussuunnitelman mukaisesti sellaisiin tiedon lähteisiin, joista oletetaan saavan tutkimuskysymysten kannalta tarvittavaa tietoa. Jotta alkuperäistutkimusten kanta olisi mahdollisimman monipuolinen, tulee tietoa hakea sähköisistä tietokannoista sekä manuaalisista. Aineistoa kerätessä tietokanta haut perustuvat aikaisemmin tehtyyn hakustrategioihin, joissa määritellään tietokannat, hakusanat ja termit sekä näiden yhdistelmät. Mikäli tutkimuskysymyksiä on useampi, tehdään hakuja mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla. (Kääriäinen 2005, 40.) Alkuperäistutkimukset, jotka otetaan mukaan tutkimukseen, tulee valita täsmällisesti ja niin, että niiden avulla pystytään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Tutkimusten tulee sisältää ne sisäänottokriteerit, jotka tutkimuksen tekijä on työlleen laatinut. Alkuperäistutkimusten tulisi olla laadultaan luotettavia, niissä tulisi huomioida siinä käytettyjen menetelmien laatu, sovellettavuus ja käyttö. (Kääriäinen 2005, 41–42.)

## 6 AINEISTON KERUU

### 6.1 Tutkimusten valintakriteerit

Alkuperäistutkimusten valintaa varten on määritelty mukaanotto- ja poissulkukriteereitä, jotta aineisto olisi keskenään vertailukelpoista ja valittujen alkuperäistutkimusten avulla pystytään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyössä alkuperäistutkimukset päätin rajata tieteellisiin tutkimuksiin ja artikkeleihin, joista löytyy tietoa miehistä ja vähintään yhdestä metaboliselle oireyhtymälle asetetusta kriteeristä. Alkuperäistutkimusten ei tarvitse käsitellä juuri metabolista oireyhtymää, vaan riittää, että se käsittelee jotakin metabolisen oireyhtymän osa-alueista esim. diabetesta. Mukaan työhön otetaan vain ne tutkimukset, jotka ovat saatavissa kokonaisuudessaan, koska mahdollisuutta maksullisiin aineistoihin ei ole. Sähköisten tietokantojen julkaisuiden lisäksi käytetään manuaalisella haulla löydettyjä julkaisuja.

Tutkimusten mukaanottokriteerit:

- Tutkimusten tulee olla tieteellisiä tutkimuksia tai artikkeleita.
- Valitaan tutkimukset, joissa käsitellään miehiä, joilla on havaittavissa vähintään yhtä metaboliselle oireyhtymälle asetettua kriteeriä.
- Valitaan tutkimukset, joissa käsitellään terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia potilasohjauksesta tai terveysneuvonnasta liittyen metaboliseen oireyhtymään.
- Tutkimuksissa täytyy löytyä tietoa potilasohjauksesta tai terveysneuvonnasta, jotka koskettavat jotakin metabolisen oireyhtymän osa-alueista.
- Tutkimusten tulee olla 2000-luvulla tehtyjä.
- Tutkimusten tulee olla tehty suomen tai englannin kielellä.
- Tutkimusten tulee olla saatavissa kokonaisuudessaan.

Tutkimusten poissulkukriteereitä:

- Jätän valitsematta sellaiset tutkimukset, joiden avulla ei pystytä vastaamaan tutkimuskysymyksiin.
- Jätän valitsematta tutkimukset, jotka käsittelevät metabolisen oireyhtymän lääketieteellistä hoitoa.
- Jätän pois artikkelit jotka eivät perustu tutkimuksiin.

Mukaan opinnäytetyöhön otin alkuperäistutkimukset ensin nimen perusteella. Ne alkuperäistutkimukset, joiden otsikko ei vastannut lainkaan omiin tutkimuskysymyksiini, jätin suoraan pois. Muista tutkimuksista, joista ei saanut otsikon perusteella käsitystä sopivuudesta, luin tiivistelmät ja selasin hieman tarkemmin ja vasta tämän jälkeen tein päätöksen mukaanotosta tai poissulkemisesta.

## 6.2 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Alkuperäistutkimusten laadun arviointi lisää opinnäytetyön tulosten luotettavuutta ja kuuluu osaksi kirjallisuuskatsausta. Alkuperäistutkimuksiksi valittiin laadukkaita tutkimuksia, jolloin se tuottaa luotettavaa tutkimustulosta. Alkuperäistutkimuksiksi valittiin yliopistotasoiset tutkimukset kuten pro gradu-tutkielmat, väitöskirjat ja lisensiaattityöt, ja näitä pyritään täydentämään erilaisilla raporteilla ja tutkimusartikkeleilla. Alkuperäistutkimusten otoskokoihin ja otosten hankitapoihin perehdyttiin aina erikseen ja arvioitiin niiden luotettavuutta. Alkuperäislähteisiin perehdyttiin ja selvitettiin onko lähteitä käytetty monipuolisesti. Alkuperäistutkimusten samansuuntaiset tutkimustulokset myös kertoivat niiden luotettavuudesta.

### 6.3 Tutkimusten hakeminen

Ennen lopullisten tietokantojen valintoja tein useita koehakuja erilaisista tietokannoista kuten ARTO, eVIIKKI ja Scirus. Tietokantoja lopulliseen hakuun karsittiin huonojen hakutulosten takia. Koehakujen avulla päädyttiin siihen, että kaikkiin tutkimuskysymyksiin ei koettu tarpeelliseksi tehdä erillisiä hakuja, koska samat alkuperäistutkimukset toistuivat käytettäessä eri hakusanoja. Sama tutkimus hyväksyttiin otokseen mukaan vain kerran. Koehauissa hakusanoina käytettiin valittujen hakusanojen lisäksi: metabolinen oireyhtymä, mies, terveydenedistäminen, neuvonta. Koehakujen avulla päädyttiin taulukossa esiteltyihin tietokantoihin (taulukko 1.).

Melindasta haettiin perushaulla hakusanoilla ”potilasohjaus” OR ”terveysneuvonta”, jolloin hakutuloksia saatiin 307 kpl. Näistä tutkimuksista 7 vastasi tutkimuskysymyksiin ja oli saatavilla verkkoaineistona. 1 tutkimus haettiin manuaalisesti.

Medicistä koehakujen jälkeen hain perushaulla hakusanoilla: potilasohj\* AND terveysneuv\*. Hakuosumia oli 51 kpl, joista 3 oli tutkimuskysymyksiin vastaavaa verkkoaineistoa ja 2 haettiin manuaalisesti. Hakua tehdessä käytössä olivat kaikki kielet ja kaikki julkaisutyypit.

CINAH- tietokannasta haettiin Academic Search Elite haulla ”health counselling” hakusanoilla. Haku rajattiin Full Text -tiedostoihin. Täältä valittiin 1 tutkimus mukaan otantaan.

ProQuest-tietokannasta hakuja tehdessä 2000-luvulla tehtyjä tutkimuksia löytyi valtavasti (>6000), joten tutkimukset päätettiin rajata 3 vuoden sisällä julkaistuihin. Näin tutkimusten seulonta oli helpompaa ja tutkimukseen saatiin mukaan uusin tieto. Tutkimukseen otettiin ProQuestista mukaan 2 tutkimusta.

PubMedistä haettaessa huomattiin, että suurin osa artikkeleista oli saamattomissa, koska ne vaativat kirjautumisen tietokantoihin, jonne ei ollut mahdollista päästä tai olivat maksullisia. Haku suoritettiin Advanced Searchin avulla. 2 tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin, oli kuitenkin saatavilla kokonaisuudessaan verkkoaineistona.



Taulukko 1. Hakutulokset tietokannoittain

Tietokanta	Hakusanat	Hakutulos	Hylätyt	Valitut
Melinda	potilasohjaus OR terveysneuvonta	307	300	7
Medic	potilasohj* AND terveysneuv*	51	48	3
CINAHL (Ebsco)	health counselling	344	343	1
ProQuest	metabolic syn- drome guidance AND health counselling AND men	489	487	2
PubMed	health counselling AND metabolic syndrome	114	112	2

#### 6.4 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuksen aineiston analyysissä päätin käyttää sisällön analyysia. Sen tavoitteena on tuottaa tietoa aineiston avulla tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Siinä tutkimusten sisältöä kuvaillaan sanallisesti ja pyritään etsimään merkityskokonaisuuksia. Omassa työssäni sisällönanalyysi toteutettiin aineistolähtöisesti tutkimustietokannoista löydettyistä tutkimuksista. Ennen sisällönanalyysin aloittamista tutkimukset taulukoi-  
ttiin tutkimustaulukoihin (liite 1). Tutkimusaineisto käytiin läpi ja sitä tiivistettiin niin, että saatiin tutkimukseen mukaan olennainen tieto tutkimuskysymyksen kannalta. Tämän jälkeen alkuperäistutkimukset jaoteltiin ryhmittelemällä ne uusiin pienempiin kokonaisuuksiin. saatujen tuloksien avulla pyritään ymmärtämään merkityskokonai-

suutta. (Vilkka 2005, 139–140.) Ohessa on esimerkkejä kuinka pelkistäminen tapahtui.

1. Potilasohjauksella ja terveysneuvolla aikaan saatuja tuloksia

Alkuperäinen ilmaisu	Alakategoria
<p>“More research is needed to determine the most efficient counselling strategies among men” (Näshlindh-Ylispangar ym. 2007)</p> <p>“Pitkän aikavälin tavoitteena oli kehittää uusi lääkinällisen kuntoutuksen malli, joka tukee MBO- potilaita itsehoitoon, erityisesti silloin kun toimenpiteet avohoidossa eivät ole tuottaneet tulosta.” (Kurki ym. 2008)</p>	Erilaisten ohjausmenetelmien käyttö
<p>“It is critically important to pay attention to a longer time period in measurements, confirming the continuity of interventions, and to take males into account as they talk about issues of health promotion” (Näshlindh-Ylispangar 2008)</p> <p>“Compared with patients receiving “intense-and-sustained” counseling, the BMI trend of those receiving “intense-only” or “irregular” counseling was not significantly different, but patients receiving “no counseling” or “limited counseling” had significantly higher rates of decreasing BMI” (Noel ym. 2012)</p>	Ohjauksen jatkuvuuden turvaaminen
<p>“Lifestyle intervention, including a high dietary fiber intake, improved healthy eating index and decreased body fat composition and plasma lipid concentrations leading to MetS incidence reduction.” (Mecca ym. 2012)</p> <p>“The LMI was effective in resolving MetS and reducing the severity of related abnormalities (fasting blood glucose, waist circumference, SBP and DBP, and triglycerides) in subjects with MetS.”</p>	Elintapamuutokset

(Yamaoka ym. 2012)	
<p>”MBO:n tuntemus oli vähäistä erityisesti miehillä.” (Miettola 2011)</p> <p>”Kuntoutusprosessissa vahvistettiin tietoisuutta MBO-oireyhtymän riskitekijöistä ja hoidon tarpeellisuudesta.” (Kurki ym. 2008)</p>	MBO tietoisuuden lisääminen

## 2. Potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja terveysneuvonnasta

Alkuperäinen ilmaisu	Alakategoria
<p>”Hyvin merkityksellisenä asiakkaat kokivat sen, jos heille oli varattu riittävästi ja heitä oli kuunneltu terveystarkastuksessa.” (Räisänen 2011)</p> <p>”Our findings highlight the differences in needs and challenges of diabetes self-management among men and women, which may inform gender-sensitive diabetes, care, counseling and support.” (Mathew ym. 2012)</p>	Potilaan henkilökohtaisten tarpeiden ja yksilöllisyyden huomioiminen
<p>”Miesten pyrkimystä yksin pärjäämiseen kuvasi myös hoitoon hakeutumisen pitkittäminen. Miehet näyttivät tarvitsevan konkreettisia ja perusteltuja syitä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle hakeutumiseen.” (Kettunen 2010)</p> <p>“Whereas men were more reluctant to tell friends and family about their diabetes and were less observant of self-management practices in social settings.” (Mathew ym. 2012)</p>	Miesten tarve pärjätä ilman ohjausta
<p>”Kuntoutujat kokivat vaikeaksi ja haasteelliseksi tiedon juurruttamisen jokapäiväiseen elämään.” (Kurki ym. 2008)</p> <p>”Haastateltavat korostivat, että diabeetikon oman ymmärryksen tukeminen ja omasta hoidosta vastuunottaminen on</p>	Tiedon siirtäminen omaan elämään

välttämätöntä onnistumisen kannalta.” (Anttila 2008)	
<p>”D2D-hankkeeseen osallistuneista naisista puolet eli 52 prosenttia ja miehistä kolmannes eli 36 prosenttia kaipasi ohjausta voidakseen tehdä elintapamuutoksia.” (Salmela 2012)</p> <p>”Toinen mahdollisuus on tukea terveyden ulkoisia voimavaroja niiden elämässä, jotka kamppailevat elämäntapojensa muuttamisen puolesta jokapäiväisten ulkoisten taakkojen keskellä.” (Miettola 2011)</p>	Elintapamuutokseen tukeminen

### 3. Hoitajien kokemuksia miesten ohjauksesta ja terveysterveystieteistä

Alkuperäinen ilmaisu	Alakategoria
<p>”Tutkimukseen osallistujat toivat esille, että vuorovaikutussuhteen muodostaminen ja sen tukeminen oli eräs heidän tehtävänsä ohjaustilanteissa” (Voutilainen 2010)</p> <p>”Haastatellut hoitajat kuvasivat, että riippuu MBO-asiakkaan elintapamuutoksen tarpeista, kuinka usein ja miten he käsittelevät elintapaneuvonnan eri sisältöjä.” (Heikka ym. 2004)</p>	Hoitajien tehtävät ohjaustilanteissa
<p>”Kyky luoda sopiva ilmapiiri ohjaustilanteeseen kuvattiin vahvuudeksi” (Voutilainen 2010)</p> <p>”Lisäksi tutkimukseen osallistujat kokivat vahvuudeksi ohjaustilanteissa potilaiden tuntemisen, eli sen että potilasta oli tavattu useampaan kertaan” (Voutilainen 2010)</p>	Hoitajien kokemat vahvuudet ohjaustilanteissa
”Hoitajien vastausten perusteella voidaan sanoa, että heidän kuvaama neuvonta ja hoito ei ollut kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeet huomioivaa” (Heikka ym. 2004)	Hoitajien kokemat kehittämisalueet ohjaustilanteissa

”Asiakkaan todellisten tarpeiden sovittaminen vahvaan preventiiviseen työotteeseen oli kuitenkin ongelmallista” (Ruponen 2005)	
<p>”Selkeä enemmistö vastanneista oli sitä mieltä, että jokaisessa sairaanhoidon yksikössä tulisi olla yhteinen toimintamalli, jonka mukaan kaikki toimivat sekä työntekijällä tulisi olla mahdollisuus seurata tehdyn työn hyötyjä.” (Lehtinen ym. 2010)</p> <p>”Kyselyyn vastanneet hoitajat kuvasivat käyttävänsä eniten MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmistä lyhyen kehoituksen ja neuvon antamista” (Heikka ym. 2004)</p>	Terveysneuvonnan toteutuminen hoitotyössä

## 7 TUTKIMUSTULOKSET

### 7.1 Potilasohjauksella ja terveysterveystneuvonnalla saatuja tuloksia

Alkuperäistutkimuksissa potilaiden ja hoitajien väliset seuranta-ajat vaihtelivat yhdestä tapaamiskerrasta viiden vuoden seurantajaksoon. Yamaoka & Tangon 1 vuoden kestänyt seuranta-aika hoitohenkilökunnan kanssa sai aikaan parempia tuloksia miehille kuin esim. yksi tapaaminen, mikä puoltaa sitä, että elämäntapaohjauksen ei koskaan tulisi jäädä yhteen tapaamiskertaan. Tutkimuksissa myös huomattiin olevan tarvetta uusien tapojen kehittämiseksi miesten ohjauksen ja terveysterveystneuvonnan avuksi. Esimerkiksi niillä miehillä, joilla oli ylipainon lisäksi muita riskitekijöitä, huomattiin tarvitsevan intensiivisempää ohjausta. (Näshlindeh-Ylispangar ym. 2007, 1–3.) Potilaan haastatteleminen ja tarpeisiin tutustuminen on tärkeää, jotta hoitohenkilökunta voisi osata antaa juuri yksilölle sopivaa ohjausta.

Ohjaustilanteissa tavoitteita elämäntapamuutoksille luotiin paljon, mutta ne jäivät useasti yleiselle tasolle ja ne eivät useasti olleet potilaan asettamia, vaan hoitohenkilökunnan laatimia yksilön puolesta. Miehet asettivat tavoitteita mm. ruokavaliolle, liikunnalle, tupakoinnille, painonhallintaan ja jalkojen hoitoon, mutta yleensä ne tehtiin

yhdessä ohjausta antavan osapuolen kanssa. Hoitajat perustelivat laihduttamisen tärkeyttä miehille lähinnä lääketieteellisin faktoin. (Peränen ym. 2003, 27–30.)

Potilaiden ohjauksen jatkuvuuden turvaamisen tueksi tarvittaisiin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välille enemmän yhteistyötä varmistamaan ohjauksen ja terveystottumusten jatkuminen miesten keskuudessa (Näshlindh-Ylispangar 2008, 56). Terveydenhuollon ammattilaisilla tulisi olla kyky tunnistaa pienen riskin potilaat suuren riskin potilaista, koska näillä ryhmillä huomattiin olevan eroja terveyskäyttäytymisessä ja elämäntavoissa (Näshlindh-Ylispangar ym. 2007, 4-5). Ohjaus tulisi keskittää juuri niihin potilaisiin, joilla on siihen tarvetta.

Tämän hetkiselä metabolisen oireyhtymän potilasohjauksella terveysneuvonnalla on saatu aikaan mm. positiivisia vaikutuksia potilaiden terveystottumuksiin (kuva 2). Mecca, Moreto, Burini, Dalanesi, McLellan & Burini (2012) tutkivat 10- viikkoa kestävä elämäntapamuutosintervention vaikutuksia terveyteen ylipainoisilla aikuisilla. Tässä keskityttiin fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen, kuidun lisäämiseen ruokavalioon ja metaboliseen oireyhtymään liittyvien riskitekijöiden pienentämiseen. Myös tässä tutkimuksessa huomattiin pidempi aikaisen seurannan olevan tehokkaampaa elintapamuutosten luomisen kannalta. 10 viikkoa kestäneen seurannan jälkeen kohennusta miehillä tapahtui ruokavaliossa, rasvaprosentin ja kolesteroliarvojen pienentymisessä.

Polly H. ym. (2011) tutkivat ylipainoisten perusterveydenhuollon potilaiden kokemuksia elämäntapaohjauksesta. Ryhmä oli jaettu potilaisiin, jotka saivat intensiivisempää ohjausta, ja sellaisiin, jotka saivat vain hyvin vähän ohjausta. Potilaat saivat ravinto- ja liikuntaneuvontaa. Potilaita seurattiin viiden vuoden ajan. Ne, jotka olivat saaneet ohjausta, pystyivät todennäköisemmin pudottamaan painoaan verrattuna niihin, jotka eivät saaneet ohjausta. Ohjaus on avain elämäntapamuutokselle.

Yamaoka & Tango (2012) tutkivat systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla pidempi aikaisen elämäntapamuutos- intervention vaikutuksia metaboliselle oireyhtymällä. Muutoksia pystyttiin tekemään vyötärön ympäryksen pienentämisessä, verensokeri- ja kolesteroliarvojen parantamisessa ja verenpaineen parantumisessa. Vertaistukea ja hyvin toimivaa perusterveydenhuoltoja pidettiin merkittävinä tukirakenteina elintapamuutoksille (Miettola 2011, 48).

Kurki yms. (2008, 23–30) kertoo tutkimuksessaan ryhmäohjauksen vaikutuksista metabolisen oireyhtymän eri tekijöihin. Kuntoutuksen aikana osallistujien paino laski ja vyötärönympärys pieneni ja varsinkin miesten HDL- kolesteroliarvot kohosivat.



Kuva 2: MBO:n potilasohjauksella ja terveysterveystieteillä aikaan saatuja tuloksia

Miettola (2011, 46–48) väitöstudiumuksessaan huomasi miehillä MBO:n tuntemuksen olevan vähäistä riippumatta siitä, oliko tutkittavilla todettu MBO tai ei. Metabolisella oireyhtymällä huomattiin olevan yhteys väsymykseen, ärtyneisyyteen, vaikeutuneisiin päivittäisiin toimintoihin ja vähentyneeseen aktiivisuuteen. Usein miesten koettu terveys ja todellinen terveys eivät aina vastanneet toisiaan. Useat miehet kokivat sairauden tunnottomuutta, vaikkakin erilaiset mittauksen osoittivat täysin muuta. Hoitajien tulisi työssään muistaa tämä ristiriidat todellisen ja koetun terveydentilan välillä.

Säännöllistä liikuntaa ja terveempiä elintapoja tulisi edelleen korostaa terveysterveystieteillä. Perheen ja läheisten rooli huomattiin myös tässä tutkimuksessa tärkeäksi. (Näshlindh-Ylispangar 2008, 38–56.) Ohjauksentilanteissa potilaat pyrkivät myös itse luomaan tavoitteita, mutta ne saattoivat olla epärealistisia, koska heillä ei ollut riittävästi tietoa elämäntapamuutoksien toteuttamisesta. Painonhallintaan liittyvät tavoitteet olivat esillä, mutta välitavoitteita tai esim. kilomääriä tai aikarajaa laihduttamiselle ei juurikaan asetettu. (Peränen ym. 2003, 30–33.)

## 7.2 Potilaiden kokemuksia ohjauksesta ja terveysneuvonnasta

Räisänen tutkimuksessa suuri osa mukana olleista oli sitä mieltä, että heille oli varattu riittävästi aikaa ohjaustilanteissa ja että heitä kuunneltiin kokonaisvaltaisesti ja potilaat olivat näin tyytyväisiä saamaansa palveluun. Erityisen positiivisena ohjausta saaneet kokivat sen, että lääkäriellä oli ollut aikaa kuunnella heidän asioitaan. Mukana joukossa oli myös niitä, jotka kokivat, ettei elintapojen muutostarvetta huomioitu riittävästi terveystarkastuksessa. Jotkut olivat myös pettyneitä siihen, että jotkin asiat, kuten verikoetulokset, jäivät epäselviksi. (Räisänen 2011, 34–38.) Ohjausta suunniteltaessa potilaan sukupuolen huomiointi on todella tärkeässä roolissa. Ohjauksen tulisi olla sukupuolisidonnaista, koska eri sukupuolilla on yleisesti erilaiset käsitykset ja erilaiset tarpeet (Mathew ym. 2012, 3). Miesten avio- tai avopuolison puuttumisen huomattiin lisäävän ohjauksen tarpeen tuntua (Salmela 2012, 68). Läheiset suhteet sukuun koettiin myös Miettolan (2011) tutkimuksessa voimavarana. Tutkimustulokset myös osoittivat että MBO ohjauksen tulisi olla aina yksilöllistä sekä eri sukupuolille suunnattua, koska miesten ja naisten välillä oli selkeitä eroja sekä yksilöllisiä eroja (Miettola 2011, 47–48).

Sairaanhoitopiirin julkaisussa (7–16) Lipponen, Kyngäs ja Kääriäinen (2006) raportoivat potilasohjauksen kehittämishankkeen tuloksista, joka toteutettiin Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoito piirissä. Kehittämishankkeessa oli mukana niin potilaita, omaisia kuin hoitohenkilökuntaa. Hankkeen aikana kehitettäviksi asioiksi nousivat ohjauksen organisointi, erilaisten ohjausmenetelmien käyttäminen, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, ohjausprosessi ja vuorovaikutteinen ohjaussuhde. Kuvaan 3 on koottu tutkimuksissa esiintyneitä potilaiden kokemuksia potilasohjauksessa ja terveysneuvonnassa kehitettävistä osa-alueista.

Kettunen (2010, 19–35) kuvaa tutkimuksessaan maskuliinisuuden ilmenemistä miesten terveyspuheissa. Miehet olivat passiivisia ja vaativat ohjausta, vaikka samalla heillä oli tarve pärjätä yksin ilman apuja ja tehdä itse omat päätökset terveyden kannalta. Miehillä oli kova tarve yksin pärjäämiselle, mikä viivytti hoitoon hakeutumista. Terveystenhoitajat ja vaimo nousivat miesten puheissa tärkeiksi vaikuttajaksi terveyskäyttäytymiselle. Miehet tarvitsevat myös hoitajilta vankat perustelut elintapojen ja terveyskäyttäytymisen muuttamiselle, sekä sille miksi tulisi hakeutua terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle. Miehet kokivat hoitoon hakeutumisen tarpeettomana,



koska eivät kokeneet itseään sairaksi ja yhdistivät hoitoon hakeutumisen sairauden hoitoon, eivätkä terveyden hoitoon. Yleisesti miehet sopivat naisia useammin jättäytyvänsä ohjatun intervention ulkopuolelle (Salmela 2012, 68). Anttilan tutkimuksessa osallistujat toivoivat tehokkaampaa miesten motivoimista osallistumaan ryhmiin ja tehokkaampaa motivoimista omahoitoon (Anttila 2008, 46).

Mathew ym. (2012, 1–2) saivat tutkimuksessaan samankaltaisia tuloksia miesten tarpeesta pärjätä ilman ohjausta. Miehet olivat mm. vähemmän aktiivisia kertomaan sairaudestaan perheelle ja läheisille. Naiset hakeutuivat aktiivisemmin ohjaukseen, kun taas miehet pyrkivät itse selvittämään mieltä painavia asioita. Miehet kokivat pystyvänsä noudattamaan itsenäisesti esim. ruokavaliota, mutta sosiaalisten tilanteiden painostus koettiin liian vaikeaksi ja esimerkiksi omien eväiden tuominen yhteiseen tilaisuuteen koettiin liian vaikeana ja nolona.

Aikaisemmin saadulla ohjauksella ei näyttänyt olevan merkitystä siihen, osallistuivatko henkilöt ohjattuun interventioon vai eivät. Päinvastoin, jos potilas ei ollut saanut ohjausta aikaisemmin, hän todennäköisemmin jättäytyi pois muistakin ohjaustilanteista. Salmelan tutkimukseen 36 % osallistuneista miehistä raportoi ohjauksen tärkeäksi elintapamuutoksen kannalta. Ulkopuolelle ohjauksesta jäämistä lisäsivät matala koulutustaso sekä se, ettei elintapojen muutokselle ollut aikomusta. (Salmela 2012, 57–67.) Vaikeaksi kuntoutujat olivat kokeneet kaiken tiedon haastavan siirtämisen jokapäiväisiin toimintoihin, mutta olivat tyytyväisiä siihen että tiedon soveltamista omaan arkeen käytiin läpi yhteisissä keskusteluissa. (Kurki 2008, 30–35.) Anttilan tutkimuksessa puolestaan osallistujat toivoivat tiedon sisäistämiseen saavansa enemmän aikaa (2008, 46.)

Useimmiten osallistuneet tarvitsivat ohjausta painonhallintaan ja ruokailutottumuksien muuttamiseen. Ohjaustilanne koettiin mahdollisuutena saada tietoa oman terveyden hoitamiseksi. (Räisänen 2011, 30–33.) Kurjen tutkimuksessa ryhmäohjaus kuntoutuksen päättyessä osallistujat kertoivat saaneensa paljon tietoa terveydestä ja metabolisesta oireyhtymästä ja sen mahdollisista seurauksista, ravinnosta, liikunnasta ja oman kunnon hoitamisesta. Kaiken kaikkiaan osallistujat olivat kokeneet kuntoutusjakson hyväksi, ja myös ohjaajien toimintatapa koettiin hyväksi. Tukea kuntoutujat saivat omaan elintapamuutokseen muilta ryhmässä mukana olleilta. Ohjaajien toimintatavat koettiin hyväksi. (Kurki ym. 2008, 30–35.)

Myös Anttilan tutkimuksessa osallistujat olivat tyytyväisiä ryhmäohjaukseen. Vastajat arvioivat sairaanhoitajien toteuttaman ryhmäohjauksen ymmärrettäväksi. Osallistujat kokivat toisten samassa tilanteessa olevien tapaamisen tärkeänä. Ryhmässä saatu vertaistuki ja sosiaalinen tuki motivoivat omahoitoon. Osallistujat arvioivat ryhmäohjauksen olevan oman terveydentilan kannalta hyödyllinen. Ryhmäohjauksen kehittämiselle tärkeänä koettiin jälkiseuranta. (Anttila 2012, 44–45.)

### Potilasohjauksessa ja terveysneuvonnassa kehitettäviä osa-alueita potilaiden kokemana

- ohjauksen organisointi
- erilaisten ohjausmenetelmien käyttäminen
- sosiaalinen tuki
- sukupuolen huomiointi
- omaisten huomiointi ohjauksessa
- yksilöllisyyden huomiointi
- vuorovaikutteinen ohjaussuhde
- jälkiseuranta
- miesten motivointi

Kuva 3. Potilaiden kokemuksia ohjauksessa ja terveysneuvonnassa kehitettävistä asioista

#### 7.3 Terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ohjauksen ja terveysneuvonnan toteuttamisesta

Hoitajien tehtävinä metabolisen oireyhtymän ohjaustilanteissa hoitajat kuvasivat tutkimuksissa terveyden tukemisen, kannustamisen, elämäntilanteen monipuolisen tunnistamisen ja muutostavoitteiden laatimisessa auttamisen (Voutilainen 2010, 48–51). Hoitajat huomioivat potilailta eniten verenpainetta, ravitsemustottumuksia ja sukurasitetta. Vähiten huomiota kiinnitettiin stressiin ja ihmissuhteisiin (Heikka ym. 2004).

Vahvuuksina omassa työssään hoitajat kokivat Voutilaisen tutkimuksessa omat vuorovaikutustaidot, eettisten periaatteiden huomioonottamisen ja sen, että potilasta oli mahdol-

lisuus tavata useammin kuin kerran. Ruposen (2005) tutkimuksessa hoitajat puolestaan kokivat hallitsevansa muutosvaihteoriamallin periaatteen.

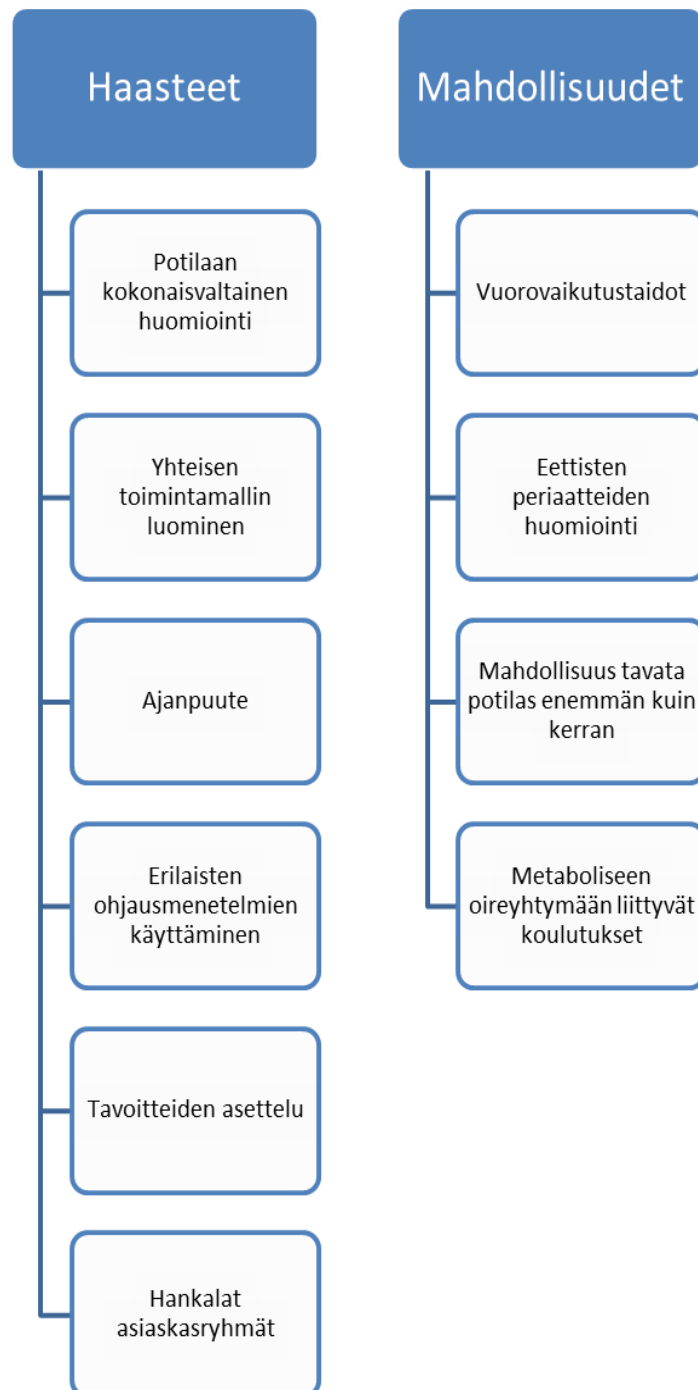
Kehittämisalueina hoitajat kokivat oman ammatillisen osaamisen ja potilaan kokonaisvaltaisen huomioon. Ajankäyttöön ja ohjauksen sisältöalueisiin liittyi myös kehitettäviä tekijöitä. Hoitajat kokivat, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa erilaisten ohjausmenetelmien käytöstä eikä potilaskeskeisestä ohjaamisesta. Haasteita ohjaustilanteisiin loivat myös erilaiset potilasryhmät, kuten motivoitumattomat potilaat, vastaanottamattomat potilaat, masentuneet tai mielenterveysasiakkaat (Voutilainen 2010, 52–55.) Osa hoitajista ilmaisi tavoitteiden asettelun olevan hankalaa. Asiakkaiden todellisen ohjauksen tarpeen sovittaminen omaan työotteeseen koettiin joskus ongelmallisena. Vaikka hoitajat kokivat hallitsevansa muutosvaihteoriamallin, tiedon siirtämiseen käytäntöön toivottiin enemmän koulutusta. (Ruponen 2005, 66–76.)

Lehtinen ym. puolestaan raportoivat tutkimuksessaan hoitajien kokevan vaikeimpana potilaan kanssa ottaa puheeksi ylipainon. Tutkimuksessa nousi esille hoitohenkilöstön kokevan yhteisen toimintamallin puuttumisen ongelmakohtana. Lisäksi ongelmaksi nousi esille ajanpuute ja potilaan informointi ennen ohjaustilannetta. Myös johdon tukeen ja sitoutumiseen toivottiin parannusta. Kolmasosa vastanneista hoitajista koki myös oman osaamisen kehittämisen edellytykseksi ohjauksen parantamiselle. (Lehtinen ym. 2010, 12–20.) Kuvassa 4 on koottu hoitajien kokemuksia haasteista ja mahdollisuuksista ohjauksen ja terveysneuvonnan toteuttamisessa.

Terveysneuvontaa toteuttaessa hoitajat käyttivät lyhyitä kehotuksia ja neuvonantamista. Hoitajat eivät ohjanneet asiakkaitaan liittymään ryhmiin tai menemään ravitsemusneuvojan puheille. Jotkut hoitajat kehottivat asiakkaitaan hakemaan itse tietoa metabolisesta oireyhtymästä mm. lehdistä ja televisiosta. Tutkimuksessa esille tuli myös, että hoitajat kokivat naisten ja miesten välisen ohjauksen erilaisena. Naisten elintapojen kartoittamisen koettiin olevan helpompaa, koska naiset puhuivat avoimemmin elintoivoistaan. Tutkimustuloksista vedettiin johtopäätös, että hoitajien antama ohjaus ei ollut tarpeeksi kokonaisvaltaista asiakkaiden tilanteet huomioiden. (Heikka ym. 2004, 32–34.) Yhteistyötä muiden ammattiryhmien kanssa toivottiin enemmän (Ruponen 2005, 77).

Hoitajat kokivat MBO-koulutuksen tarpeellisina ja kertoivat niiden lisäävän motivaatiota neuvontatyöhön. Hoitajat käyttivät ohjauksen apuna MBO-kriteeristöjä. Neuvon-

nassa hoitajat käyttivät lyhyitä kehoituksia ja neuvonantamista (Heikka ym. 2004, 34–36.) Hoitajat kokivat potilasohjauksen tärkeäksi osaksi jokapäiväistä työnkuvaa. Tutkimukseen vastanneet lähes kaikki kokivat, että heillä oli riittävästi tietoa ohjata potilaita alkoholin, tupakoinnin ja ylipainon aiheuttamista haitoista. (Lehtinen ym. 2010, 12–20.)



Kuva 4: Hoitajien kokemuksia ohjauksen ja terveysneuvonnan toteuttamisesta

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen tulosten tarkastelu

Johtopäätöksinä alkuperäistutkimuksista voidaan vetää miesten tarvitsevan elintapamuutoksen tueksi perheen, sukulaisten ja hoitohenkilökunnan apua, mm. vaimon rooli on merkittävä neuvon- ja tuenantaja. Myös aikaisemmassa kirjallisuudessa on todettu perheen olevan tärkeässä roolissa ihmisen sairastuessa (Lipponen 2006, 44). Miehillä huomattiin olevan tarvetta selvitä itsenäisesti omasta hoidostaan ja huolehtia itse omasta terveyden tilastaan. Eräässä tutkimuksessa tupakoinnin lopettamisen tueksi ohjausta antava osapuoli tarjosi ohjattavalle nikotiinikorvaushoitoa, mutta ohjattava kieltäytyi tästä, koska halusi selviytyä itse ilman apua lopettamisesta (Kettunen 2010). Miehillä näyttää esiintyvän ristiriitaisuutta näiden kahden asian välillä. Toisaalta halutaan selvitä itsenäisesti, mutta muutoksen tueksi vaaditaan apua ja perusteluja.

Ohjaus ja neuvonta ovat aina tarpeellisia, ja niiden intensiteetillä ja jatkuvuudella on merkitystä siihen, kuinka onnistuneesti se vaikuttaa ohjausta saavan elämäntapoihin ja terveyteen. Pidempiaikainen ohjaus ja seuranta osoittautuivat tutkimuksissa kannattavimmaksi tulosten kannalta. Pidempi aikaisen seurannan avulla pystytään motivoimaan potilaita elintapamuutoksiin eri tavalla. Ohjausta saava osapuoli ei välttämättä osaa kysyä kaikkia olennaista ensimmäisellä ohjauskerralla tavatessa, joten pitempi aikainen seuranta ja tapaamiset antaa potilaalle mahdollisuuden ensin kokeilla uusien elintapojen soveltamista omassa elämässä ja kysyä asioista, jotka mahdollisesti tuntuvat vaikeilta tai epäselviltä. Samalla ohjausta antava osapuoli pystyy paremmin kartoittamaan ohjattavan tietämyksen ja mahdolliset lisäohjauksen tarpeet, koska hänellä on ollut aikaa tutustua potilaaseen.

Alkuperäistutkimuksista nousi esille, ettei metabolisen oireyhtymän jatkoseurantaan juurikaan kiinnitetty huomiota. Monessa tutkimuksessa jälkiseuranta mallin puuttuminen koettiin heikkoutena. Ilman jälkiseurantamallia on mahdotonta sanoa, kuinka onnistunutta tämän hetkinen metabolisen oireyhtymän potilasohjaus todella on. Tutkimuksissa ei myöskään mainittu, antoivatko hoitajat potilailleen kirjallisia hoito-ohjeita liittyen metaboliseen oireyhtymään. Aikaisimmissa tutkimuksissa kirjalliset potilasohjeet on tarkoitettu täydentämään ohjausta ja todettu toimiviksi (Lipponen 2006, 65).

Useassa tutkimuksessa nousi myös esille, ettei metabolisen oireyhtymän ohjauksen tueksi ei ole kehitetty ohjausmallia. Monesti hoitajat myös toivoivat erilaisten ohjausmenetelmien käytön tuomisen tutuksi omaan työskentelytapaan. Yksilöllisyyttä tulisi huomioida enemmän, joten ohjauksen tulisi lähteä liikkeelle siitä, millaisesta ohjausmenetelmästä juuri tälle potilaalle on hyötyä. Vaikeiden potilasryhmien kuten kehitysvammaisten ja psyykkisesti sairaiden motivoinnin ja ohjauksen tueksi tulisi myös kehittää jonkinlainen ohjausmalli, jota voitaisiin käyttää apuna, mikäli tavanomaisista keinoista ei näytä olevan potilaalle apua.

Ohjaus tulisi suunnitella eri sukupuolille sopivaksi. Miesten ja naisten välillä huomattiin olevia eroja siinä mitä ohjaukselta kaivattiin. Naiset puhuvat terveydentilastaan ja elintavoistaan avoimemmin ja ovat aktiivisempia hakeutumaan itse ohjaukseen. Naisten ohjaaminen jopa koettiin helpompana kuin miesten. Eri sukupuolille suunnatun ohjauksen lisäksi ohjauksen tulisi olla aina yksilölle suunnattua ja perustua yksilön tarpeisiin. Rutiinin omaista työskentelyä pystyttäisiin välttämään lähtemällä joka kerta liikkeelle potilaan tarpeista. Ensi kertaa potilasta tavatessa tulisi kartoittaa terveydentila, elämäntavat ja voimavarat, jonka perusteella ohjaaja pystyisi suunnittelemaan ohjauksen yksilölle sopivaksi. Tällainen potilaan tarpeiden mukaan suunniteltu ohjaus myös vaatisi sen, että potilasta olisi mahdollisuus tavata useammin kuin yhden kerran.

Hoitajat huomioivat MBO:n ohjauksessa potilailtaan yleisimmin verenpainetta, ravitsemusta, liikuntatottumuksia, tupakointia, sukurasitetta ja MBO:n seurauksia (kuva 5). Miettolan väitöstutkimuksessa huomattiin metabolisella oireyhtymällä olevan yhteys väsymykseen ja ärtyneisyyteen. Mielialaa ohjausta antavat eivät kuitenkaan juuri ohjaustilanteissa huomioineet. Masennus voi heikentää ihmisen muistia ja tarkkaavaisuuskykyä, joten ohjauksen saattaminen potilaalle voi olla todella hankalaa (Juva, 2011). Jos mielialaa ei erikseen arvioida joka potilaan kohdalla, voi ohjaus mennä hukkaan.

Peräsen ja Tonterin (2003) tutkimuksessa todettiin ohjaustilanteissa tavoitteen asettelun jäävän yleiselle tasolle ja ohjatut eivät itse juurikaan määrittäneet omia tavoitteitaan, vaan ohjaava osapuoli määritteli ne. Terveystieteiden ammattilaisten tulisi pyrkiä auttamaan tavoitteiden laatimisessa, eikä pyrkiä tekemään niitä ohjattavan puolesta. Kun ohjattava itse saa määrittää omat tavoitteensa oman terveytensä hoitamiseksi, tavoitteisiin luultavasti päästään helpommin. Potilaan on mahdotonta määrittää omalle

hoidolleen tavoitteita, jos häneltä puuttuu tietämys sairautensa hoitamisesta ja siitä mihin tulisi pyrkiä. Ohjausta antavan osapuolen tehtävä kannustajana ja tukijana tavoitteiden asettelun ja niiden toteuttamisen kanssa korostuu. Motivoijan rooli on tärkeä.

Miehillä huomattiin olevan sairauden tunnottomuutta vaikka selkeät kriteerit metaboliselle oireyhtymälle täyttyivät. Ohjaukseen itsenäisesti hakeutuminen on vaikeaa ihmisillä, jotka eivät koe olevansa sairaita ja näin ollen eivät koe tarvitsevänsä ohjausta. Ohjauksen vastaanottaminen ja tiedon sisäistämisen uskotaan olevan vaikeampaa, mikäli potilaat kokevat vointinsa hyväksi ilman elintapamuutoksia. Tällaisissa tapauksissa hoitajan rooli tiedonantaja metabolisen oireyhtymän hoidosta, ja mahdollisista seurauksista mikäli hoito jätetään toteuttamatta, korostuu.

Ryhmäohjaukseen oltiin yleisemmin tyytyväisempiä kuin yksilöohjaukseen. Ryhmästä saatu vertaistuki ja muilta samassa tilanteessa olevilta saadut ohjeet koettiin suurena voimavarana. Potilaat ja ohjausta antavat kokivat ajanpuutteen heikentävänä tekijänä hyvän ohjauksen antamiselle. Ryhmäohjauksen avulla pystytään ohjaamaan suurempaa ryhmää samanaikaisesti, ja näin pystytään panostamaan kokonaisvaltaisemmin potilaiden ohjaukseen. Toisilta samassa tilanteessa olevilta saadut kannustukset ja erilaiset ohjeet on helpompi ottaa vastaan ja sisäistää kuin jonkun täysin ulkopuolisen kertomana. Eräässä tutkimuksessa hoitajat kertoivat ohjaavansa potilaitaan melko vähän hakeutumaan ryhmäohjaukseen, vaikka sen avulla on saatu hyviä tuloksia (ks. Peränen ym. 2003). Myös aikaisemman kirjallisuuden perusteella ryhmäohjaus on todettu kannattavaksi ja taloudelliseksi (ks. Rintala ym. 2008).



Kuva 5. Metabolisen oireyhtymän potilasohjauksessa ja terveysneuvonnassa huomioitavat tekijät

## 8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa, että alkuperäistutkimukset ovat luotettavia ja siksi työhön otetaan mukaan vain tieteellisiä tutkimuksia, joiden laatu aina erikseen arvioidaan. Tärkeää on myös lukea alkuperäistutkimusten tekijöiden omat mielipiteet tutkimuksen luotettavuudesta. Laadun arvioinnilla pyritään lisäämään opinnäytetyön luotettavuutta (Johansson ym. 2007, 101). Aineiston keruu vaiheessa tulee varmistaa, että alkuperäistutkimukset vastaavat tutkimuskysymyksiin ja sopivat erikseen määri-



teltyihin mukaanottokriteereihin. Mukaan otettaviksi alkuperäistutkimuksiksi valitaan ne, joista saadaan esille uusin tieto. Luotettavuus säilyy, koska alkuperäistutkimukset on valittu tieteellisesti tunnetusta ja luotettavista tietokannoista. Tutkimuksessa mukana olevat alkuperäistutkimukset ovat monipuolisia ja mukana on niin väitöstutkimuksia kuin artikkeleitaakin. Haku on suoritettu kattavasti eri tietokannoista ja suomenkielen lisäksi mukaan otettiin myös englanninkielisiä tutkimuksia.

Tutkimuksen luotettavuuteen heikentävästi vaikuttaa se, että tutkimus on toteutettu yksin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus vaatii vähintään kaksi tutkijaa, jotta alkuperäistutkimukset pystytään valitsemaan tarkemmin ja systemaattisemmin. Luotettavuuteen heikentävästi vaikuttaa myös oma kokemattomuuteni tutkijana. Aikaisempaa kokemusta kirjallisuuskatsauksen teosta minulla ei ollut. Tutkimuksia haettiin englanninkielisistä tietokannoista, jolloin tutkimusten alkuperäinen sanoma ei välttämättä säilynyt oikealla tavalla suomen kielelle kääntäessä. Tutkimuksia työhön hain myös manuaalisesti, jolloin tutkimuksen systemaattisuus ja toistettavuus voi kärsiä.

Opinnäytetyön eettisyyteen vaikuttaa se, että se tehdään kirjallisuuskatsauksena valmiina olevasta aineistosta, ja näin yksittäisten henkilöiden tunnistamisen riski poissuljettu, eivätkä muutkaan luottamukselliset tiedot pääse tulemaan julki. Opinnäytetyöni tekemiseen ei tarvittu tutkimuslupaa, sillä aineisto on julkista. Muiden tutkijoiden tekemää työtä on kunnioitettu ja alkuperäistutkimukset on kirjoitettu ja taulukoitu opinnäytetyöhön niiden oikeassa muodossa ja tutkimustulokset pyritty esittämään siinä muodossa kuin ne on tutkittu.

### 8.3 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämis ehdotukset

Metabolinen oireyhtymä ja sen potilasohjaukseen huomion kiinnittäminen ovat todella ajankohtaisia aiheita maailmanlaajuisesti. Työstäni voivat hyötyä terveydenhuollon ammattilaiset, jotka antavat potilasohjausta työssään. Työssäni on lueteltu, mitkä asiat ohjattavat ovat kokeneet hyvinä ja mitkä huonoina asioina ohjaustilanteissa, joten näiden avulla ohjausta antavat pystyvät mahdollisesti välttämään samoja virheitä. Työtä voidaan käyttää myös eräänlaisena tarkastuslistana sille, mitä metabolisen oireyhtymän ohjauksessa tulisi muistaa huomioida. Työstäni pystyvät hyötymään myös metabolista oireyhtymää sairastavat ja heidän omaisensa. Miehet, jotka luulevat sairastavansa metabolista oireyhtymää, mutteivät ole siitä täysin varmoja, voivat saada työn luettuaan rohkeutta hakeutua itsenäisesti ohjaukseen. Työssä on myös yleisesti kerrot-

tu metabolisesta oireyhtymästä ja sen terveysvaikutteista, josta voivat hyötyä kaikki metabolisesta oireyhtymästä kiinnostuneet.

Kehittämisehdotuksina opinnäytetyöni pohjalta nousivat seuraavat asiat:

- Yhteisen ohjausmallin luominen metaboliselle oireyhtymälle: ohjausmallin tulisi olla sovellettavissa potilaan tarpeiden mukaiseksi
- Miehillä ja naisilla suunnatut omat ohjausmallit
- Eri ohjausmenetelmien siirtäminen hoitohenkilökunnan tietoisuuteen ja käytäntöön
- Metabolisen oireyhtymän jälkiseurantaan tulisi kiinnittää huomiota/luoda jälkiseuranta malli
- Vaikeiden asiakasryhmien motivointi
- Miesten motivointi itseohjautuvuuteen.

## LÄHTEET

Alahuhta, M. & Korkiakangas, E. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. *Hoitotiede-lehti* 21/2009.

Anttila, U. 2008. Ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Heikka, H. & Koskenkorva, J. 2004. Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajien kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12245/G0000580.pdf?sequence=1> [viitattu 9.5.13].

Johansson, K., Axelin, A. Stolt, M. & Ääri, R. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Juva, K. 2011. Muistihäiriö. Duodecim terveyskirjasto -internetsivut. Päivitetty 20.9.2011. Saatavissa:

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00706](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00706) [viitattu 2.8.2013].

Kallunki, V. & Pekkola, J. 2012. Terveet Arvot -hanke – sukupuolten terveysorientaatioon perustuvan kysynnän ja terveyden edistämisen tarjonnan kohtaanto. Hankesuunnitelma.

Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa. Pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23250/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201004191543.pdf?sequence=1> [viitattu 13.5.13].

Kolesteroli. 2002. Duodecim. 1.painos. Helsinki: Kustannus OY Duodecim.

Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J. & Jaakkola, L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Minna Sillanpään säätiön julkaisuja A:7.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2005. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede-lehti*. Vol 18, no 1/06, s. 1–42.

Laaksonen, D. & Niskanen, L. 2004. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes – lihavuuden hoidon ykkös-kohteet. Kuopion yliopisto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95740.pdf> [viitattu 21.2.2013].

Lehtinen, N., Kulmala, J., Rigoff, A. & Ståhl, T. 2010. Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisusarja 6/2010. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/download.aspx?ID=12808&GUID={4D3F3B7E-7E48-47D3-A3CC-5CB80973FE3B}> [viitattu 8.5.2013].

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu- ja. No 4/2006. Saatavissa: [http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf) [viitattu 8.5.2013].

Manninen, P. 2009. Maksasairaudet ja niiden hoito. Tampereen yliopistollisen sairaalan luentosarja. Saatavissa: <http://www.kotiposti.net/pirmu/maksasairaudet.pdf> [viitattu 25.1.2013]

Mathew, R., De Melo, G. & Barata, P. 2012. Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. Research article. Laurentian University. Saatavissa: <http://search.proquest.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/docview/1266685833/fulltextPDF/13D971EFC2E7BC82438/7?accountid=11928> [viitattu 20.5.2013].

Mecca, M., Moreto, F., Burini, F., Dalanesi, R., McLellan, K. & Burini, R. 2012. Ten-week lifestyle changing program reduces several indicators for metabolic syndrome in overweight adults. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3292974/> [viitattu 18.5.2013].

Miettola, J. 2011. Terveyttä etsimässä: Salutogeneesin mahdollisuudet metabolisessa oireyhtymässä. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Saatavissa:

[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0397-6/urn\\_isbn\\_978-952-61-0397-6.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0397-6/urn_isbn_978-952-61-0397-6.pdf) [viitattu 13.5.13].

Mustajoki, P. 2012. Kihti. Duodecin Terveyskirjasto-internetsivut. Päivitetty 15.10.2012. Saatavissa:  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00032&p\\_haku=kihti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00032&p_haku=kihti) [viitattu 16.10.2012].

Noël, P., Wang, C., Bollinger, M., Pugh, M., Copeland, L., Tsevat, J., Nelson, K., Dundon, M. & Hazuda, H. 2012. Intensity and Duration of Obesity-Related Counseling: association with 5-Year BMI Trends among Obese primary Care patients. Obesity-internetlehti. Volume 20. Number 4. Saatavissa:  
<http://search.proquest.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/docview/1015781873/fulltextPDF/13D971EFC2E7BC82438/125?accountid=11928> [viitattu 22.5.2013].

Näslindh-Ylispangar, A. 2008. Men's health behavior, health beliefs and need for health counseling. Väitöstutkimus. Helsingin yliopisto. Saatavissa:  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/22563/mensheal.pdf?sequence=1> [viitattu 23.3.2013].

Näslindh-Ylispangar, A., Sihvonen, S., Sarna, S. & Kekki, P. 2007. Health status, symptoms and health counselling among middle-aged men: comparison of men at low and high risk. Saatavissa: <http://web.ebscohost.com.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&sid=4e30c44b-01c3-4e43-b01e-53a276c6149f%40sessionmgr4&hid=9> [viitattu 17.5.2013].

Pekurinen, M. 2006. Mitä lihavuus maksaa? Duodecin terveyskirjasto-internetsivut. Saatavissa:  
[http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p\\_p\\_id=dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku&p\\_p\\_action=1&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_\\_spage=%2Fportlet\\_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_tunnus=duo95744&\\_dlehtihaku\\_view\\_article\\_WAR\\_dlehtihaku\\_p\\_frompage=uusinnumero](http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95744&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero) [viitattu 20.1.2013].

Peltonen, E. 2000. Verenpainepotilaan hoito ja seuranta terveyskeskuksissa – kyselytutkimus hoitotyöntekijöille. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Peränen, M. & Tonteri, S. 2003. Tavoitteenasettelu tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12248/G0000269.pdf?sequence=1> [viitattu 8.5.13].

Pietilä, A-M. 2010. Terveystietä – Teorioista toimintaan. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Rintala, T., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. 2008. Diabeetikon hoidonohjaus. Otavan Kirjapaino Oy. Keuruu.

Ronkainen, P. 2011. Sepelvaltimopotilaan kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu-tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37043/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-2011120711765.pdf?sequence=4](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/37043/URN_NBN_fi_jyu-2011120711765.pdf?sequence=4) [viitattu 23.3.2013].

Ruponen, A. 2005. Hyvä elämä ihmisille? – Terveystietä näkemys terveysneuvonnan tavoitteista ja neuvontatyötä ohjaavista tekijöistä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00630.pdf> [viitattu 25.7.2013].

Räisänen, T. 2011. Terveystietä yrityksen työterveyshuollossa. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu05145.pdf> [viitattu 11.3.2013]

Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3> [viitattu 9.5.13].

Sunqvist, C. 2007. Metabolista oireyhtymää sairastavan kuntoutus. Veteraaniurheilija-terveysblogi. Päivitetty 6.12.2007. Saatavissa:

<http://sundqvist.blogspot.fi/2007/12/metabolista-oireyhtym-sairastavan.html> [viitattu 16.10.2012].

Tyypin 2 diabetes – Opas aikuistyypin diabeetikoille. 2009. Suomen Diabetesliitto ry. 5., tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Valle, T. 2010. Diabeetikkojen hoitotasapaino Suomessa vuosina 2009–2010. DEH-KO-raportti 2010:5. Diabetesliitto. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/1488/DEHKO-raportti\\_2010\\_5\\_Diabeetikkojen\\_hoitotasapaino\\_Suomessa\\_vuosina\\_2009-2010.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1488/DEHKO-raportti_2010_5_Diabeetikkojen_hoitotasapaino_Suomessa_vuosina_2009-2010.pdf) [viitattu 2.4.2013].

Vanhala, M. 2009. Metabolinen oireyhtymä. Duodecim Terveyskirjasto-internetsivut. Päivitetty 30.3.2009. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p\\_haku=mbo](http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/dtk/ltk/koti?p_haku=mbo) [viitattu 16.10.2012].

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1. - 3. painos. Jyväskylä 2009. Gummerus Kirjapaino Oy.

Virkamäki, A. 2011. Insuliiniresistenssi ja metabolinen oireyhtymä. Duodecim Terveyskirjasto-internetsivut. Päivitetty 18.3.2011. Saatavissa: [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dia01101](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01101) [viitattu 17.10.2012].

Voutilainen, A. 2010. Voimavaralähtöinen potilasohjaus – kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta terveydenhuollossa. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Yamaoka, K. & Tango, T. 2012. Effects of lifestyle modification on metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3523078/> [viitattu 18.5.2013].

Ylipaino ja lihavuus ovat iso haaste yksilölle, yhteiskunnalle ja terveydenhuollolle. 2011. Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen - internetsivut. Päivitetty 12.12.2011. Saatavissa: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=27881](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=27881) [viitattu 16.10.2012].

## Tutkimustaulukko

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Niina Lehtinen, Jenni Kulmala, Anne-Marie Rigoff, Timo Ståhl, 2010	Terveysneuvonnan toteutuminen ja haasteet Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä	Sairaanhoidollista työtä tekevät Pirkanmaan alueella työskentelevät hoitajat. Kyselyyn vastasi 604 henkilöä.	Terveystarkastuksen henkilöt kokivat, että heillä on riittävät tiedot ja taidot antaa ohjausta alkoholista, tupakasta ja lihavuuden haittavaikutuksista. 68 % koki, että he osaavat motivoida potilaita parempiin elämäntapoihin.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Terhi Räisänen, Pro Gradu, 2011	Terveystarkastukset yrityksen terveyshuollossa	n =1036 erään yrityksen työterveydenhuollossa pienen riskin sairastua vakavasti omaavien mittatuloksia	Terveystarkastuksissa tulisi huomioida paremmin ihmisten yksilölliset tarpeet ja tilanteet. Tutkimuksen aikana miesten vyötärön ympärysmittat pysyivät suunnilleen samoissa luvuissa.



Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Näslindh-Ylispangar Anita, Väitöskirja, Helsingin yliopisto, 2008	Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling	690 helsinkiläismiestä, jotka olivat syntyneet vuonna 1961. Lopullinen aineisto koostui 341 miehestä.	Perheenjäsenten ja läheisten rooli on keskeinen. Terveystilan parantamisessa ja ylläpitämisessä tulee entistä enemmän korostaa säännöllistä liikuntaa ja terveellisiä elämäntapoja. Yhä enemmän tarvitaan yhteistyötä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä varmistamaan terveystottumusten jatkuminen keski-ikäisten miesten keskuudessa.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Arja Ruponen, 2005	Hyvä elämä ihmisille? Terveystoimijien näkemys terveysneuvonnan tavoitteista ja hoitotyötä ohjaavista tekijöistä	6 aikuisneuvonnassa työskentelee terveydenhoitajaa, teema-haastattelu	Terveystoimijien tavoitteiden asettelu tulisi kehittää, selkeämpien tavoitteiden avulla hoitajien on parempi saada motivoivaa palautetta. Yhteistyötä tulisi kehittää tavoitteiden saavuttamiseksi.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Sanna Salmela, Väitöstutkimus, 2012	Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpano hankkeessa D2D	9 984 korkean riskin kriteerit diabetekselle täyttävää henkilöä	Aikaisemmin saatu ohjaus, ei vähentänyt asiakkaiden kokemaa tarvetta ohjaukselle. Miehillä puolison puuttuminen lisäsi ohjauksen tarvetta.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Heikka Hanna, Koskenkorva Johanna, Pro gradu, 2004	Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajien kuvaamana	36 kpl avoterveydenhuollon terveysasemilla ja työterveyshuollossa työskentelevää sairaan- ja terveydenhoitajaa.	Hoitajat ilmaisivat käyttävänsä eniten erilaisia motivoivan keskustelun menetelmiä, joista yleisimmin avoimia kysymyksiä. Kuitenkin muissa vaiheissa he ilmoittivat käyttävänsä motivoivan keskustelun menetelmiä yksipuolisesti. Hoitajat kuvasivat kirjautuvansa asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöjä monipuolisesti, lukuun ottamatta vatsakkuutta, stressiä, ihmissuhteita ja elämäntilannetta.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Tiina Kettunen, Pro Gradu, 2010	Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa	Tutkielman aineisto koostuu viiden miehen videoitujen terveysneuvontakäyntien(n=30) litteroinneista.	<p>Terveydenhuollon ammattilaisten olisi tunnistettava maskuliinisuus yhtenä miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Maskuliinisuutta ei tulisi kuitenkaan tarkastella ainoastaan selityksenä miesten huonommalle terveydelle.</p> <p>Miesten taipumus itsemääräämiseen tai ulkoajohtuvuuteen voitaisiin pikemminkin nähdä voimavarana miesten terveyden edistämisessä.</p>

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Nina Peränen, Soile Tonteri, Pro gradu, 2003	Tavoitteen asettelu tyypin 2 diabeetikon terveysneuvonnassa, Tapaustutkimus kolmen potilaan neuvontaketjuista	3 potilasta	<p>Tavoitteita asetettiin paljon ja ne luotiin usein yleisellä tasolla ollen asiantuntijan asettamia. Potilaat itse asettivat vähän tavoitteita. Tavoitteenasettelussa olisi tärkeä sopia yhdessä keinoista niiden saavuttamiseksi ja edetä välitavoitteiden kautta.</p>

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Anita Näslindh-Ylispangar, Marja Sihvonen, Seppo Sarana ja Pertti Kekki, 2007	Health status, symptoms and health counselling among middle-aged men: comparison of men at low and high risk	273 keski-ikäistä miestä, matalan ja korkean riskin omaavia metaboliseen oireyhtymään sairastumiseen	Todellinen tarve ohjaukselle oli keski-ikäisillä miehillä, joilla oli ylipainoa ja muita riskitekijöitä. terveydenhuollon henkilöiden tulisi pystyä tunnistamaan pienen ja suuren riskin potilaat toisistaan. Tulevaisuudessa miehille voisi kehittää ohjausstrategian, josta olisi eniten hyötyä juuri miehille.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Kurki, M. Helmiö, K. Lindström, J. Jaakkola, L. 2008. Minna Silanpään säätiön julkaisuja A:7	Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa.	Etelä-Suomen alueella yli 30-vuotiaita joilla oli vähintään 3 MBO:lle asetetuista kriteereistä. 96 aloitti kuntoutuksen, 43 miestä ja 53 naisia.	Kuntoutuksen aikana osallistujat onnistuivat pudottamaan painoa, fyysinen kunto parani, ruokavalio tottumuksia muutettiin, Ohjaajien kannustava ote rohkaisi osallistujia yrittämään. Arkipäytäntöjen muuttaminen koettiin haasteellisena.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Voutilainen, A. Pro-gradu tutkielma, 2010	Voimavaralähtöinen potilasohjaus: kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa	10 perusterveydenhuollossa toimivaa terveydenhoitajaa ja sairaanhoitajaa.	Potilasta tulee tukea tiedollisesti ja kannustaa elämäntapamuutokseen. Potilaan kokonaisvaltainen huomiointi, voimavarojen tunnistaminen jäivät vähemmälle huomiolle ohjaustilanteessa.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Kazue Yamaoka, Toshiro Tango, 2012	Effects of lifestyle modification on metabolic syndrome: a systematic review and meta-analysis	Tutkimus tehtiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena.	Tutkimuksessa verrattiin 1-vuoden kestävä elintapamuutos intervention tuloksia, tämä huomattiin tehokkaaksi MBO:n hoidossa, se pienensi mm. korkeita verenpaineita ja vyötärön ympärystä.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Marita S Mecca, Fernando Moreto, Franz HP Burini, Reinaldo C Dalanesi, Kátia CP McLellan, Roberto C Burini, 2012	Ten-week lifestyle changing program reduces several indicators for metabolic syndrome in overweight adults	50 ylipainoista aikuista	Elämäntapamuutos intervention todettiin vaikuttavan osallistujien ruokavalioon, pienentävän rasvaprosenttia ja kolesteroliarvoja.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Juhani Miettola, 2011 väitöskirja	Terveyttä etsimässä: Salutogeneesin mahdollisuudet metabolisessa oireyhtymässä	Tutkimukseen osallistui 480 lapinlahtelaista terveystarkastukseen, joka selvitti MBO:n esiintymistä sekä sen yhteyttä elintapoihin, elämäntilaan, mielialaan ja terveysasenteisiin. Lisäksi haastateltiin 43 terveystarkastukseen osallistunutta henkilöä	Myötäsyttyinen terveyspotentiaali voi vahvistua otollisissa olosuhteissa. Sitä vahvistaa ajankohtaiseen elämäntilanteeseen soveltuva ulkopuolinen tuki, joka perustuu todettuun elämäntapojen muutostarpeeseen, motivaatioon ja muutoksen mahdollisuuksiin. Myös oikea-aikainen ja viiveetön perusterveydenhuollon tuki on merkittävä terveyttä synnyttävä tekijä

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs, Maria Kääriäinen, Sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006	Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit	potilaiden omaisten (n= 341) ja terveydenhuoltohenkilöstön (n= 1024) käsityksiä ohjauksesta	Laajan tutkimuksen tulosten perusteella kehittämissaasteiksi nousivat ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demonstrointi, kirjallinen ohjaus, puhelinohjaus ja ryhmäohjaus

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Polly H. Noël, Chen-Pin Wang, Mary J. Bollinger, Mary J. Pugh, Laurel A. Copeland, Joel Tsevat, Karin M. Nelson, Margaret M. Dundon, Helen P. Hazuda	Intensity and Duration of Obesity-Related Counseling: association With 5-Year BMI Trends among Obese primary Care patients	Perusterveydenhuollon ylipainoisia ihmisiä vuosina 2002-2006	Elämäntapaohjausta saaneet potilaat pystyivät todennäköisemmin pudottamaan painoa verrattuna niihin, jotka eivät saaneet ohjausta. Sillä ei ollut juurikaan merkitystä kuinka usein ohjausta saatiin ja kuinka paljon.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Rebecca Mathew, Enza Gucciardi, Margaret De Melo, Paula Barata, 2012	Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis	35 kpl tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä.	Kokemusten, tarpeiden ja haasteiden yksilöllistäminen miesten ja naisten välillä on suotavaa erilaisten tarpeiden vuoksi. Miehet pyrkivät itse selvittämään asioita, sen sijaan että haiketuivivat ohjaukseen.

Tekijä	Tutkimus	Osallistujat	Tulokset
Ulla Anttila, 2008. Kuopion yliopisto.	Ryhmäohjaus tyypin 2 diabeetikkojen neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa, Pro gradu-tutkielma	62 II tyypin diabeetikkoa ja riskiryhmään kuuluvia sekä 3 ryhmäohjausta toteuttanutta sairaanhoitajaa	Ryhmäohjaukselle on olemassa selkeä tarve. Ryhmästä saatu sosiaalinen tuki ja vertaistuki koettiin voimavarana ja merkittävänä oman hoidon kannalta. Keskustellessa oma vastuu sairauksen hoitoon ymmärrettiin.